



Hospital Centro de Salud
"Zenón J. Santillán"



XXXII JORNADAS CALCHAQUÍES
DE CARDIOLOGÍA 2023

6 Y 7
OCT TAFÍ DEL
VALLE
TUCUMÁN

CARDIOLOGIA
HCSZS



INSUFICIENCIA CARDÍACA POR ALTO GASTO CARDÍACO

Autores: Cristiani J.; Lerner, J.; Caro B.; Ochoa V.; De la Vega B.; López R.

Institución: Unidad Coronaria. Hospital Centro de Salud Zenón Santillán, San Miguel de Tucumán.

INTRODUCCIÓN

La insuficiencia cardíaca (IC) de alto gasto cardíaco (GC) representa una forma infrecuente e infradiagnosticada de IC, asociada a alta morbilidad. La misma se caracteriza por un volumen minuto mayor a 8 L/min con índice cardíaco mayor 3.9 L/min/m², que tiene como causas diferentes condiciones sistémicas, entre las cuales las fistulas arteriovenosas (A-V) representan una proporción considerable de casos.

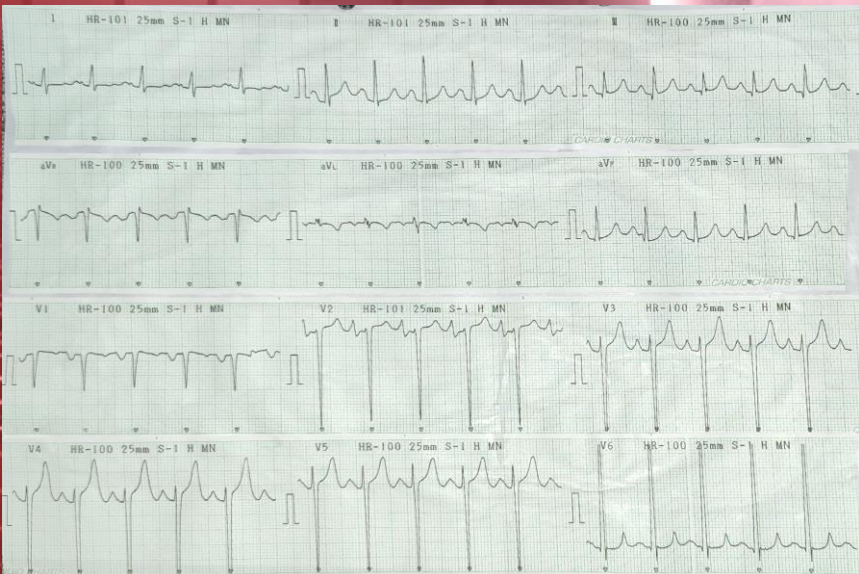
CASO CLÍNICO

Sexo: Masculino **Edad:** 23 años. **FRCV:** HTA – Ex Tabaquista – Adicciones (cocaína – marihuana). **Antecedentes CV:** Insuficiencia Cardíaca de Novo el 03/08/2022 con alta voluntaria. **Otros antecedentes:** Herida de arma de fuego, complicada con hemoperitoneo, con bala en lóbulo inferior del pulmón izquierdo, año 2019.

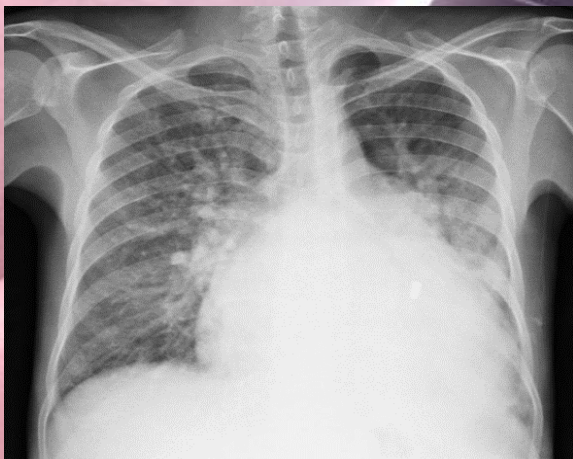
Motivo de consulta: Disnea – Ascitis.

Enfermedad actual: Paciente refiere disnea Clase Funcional (CF) II permanente desde su última internación, refiere empeorar la CF III/IV en la última semana, acompañado de proceso odontógeno, se evalúa por guardia, se constatan signos de falla cardíaca, se palpa frémito en región de epigastrio, se ausculta soplo sistólico en hemiabdomen superior, se decide internación, con NT-proBNP 9840 ng/L.

MÉTODOS COMPLEMENTARIOS



ECG de ingreso: Ritmo sinusal, FC 100 lpm, Eje +60°, pr 180 msec, signos de sobrecarga auricular y ventricular.

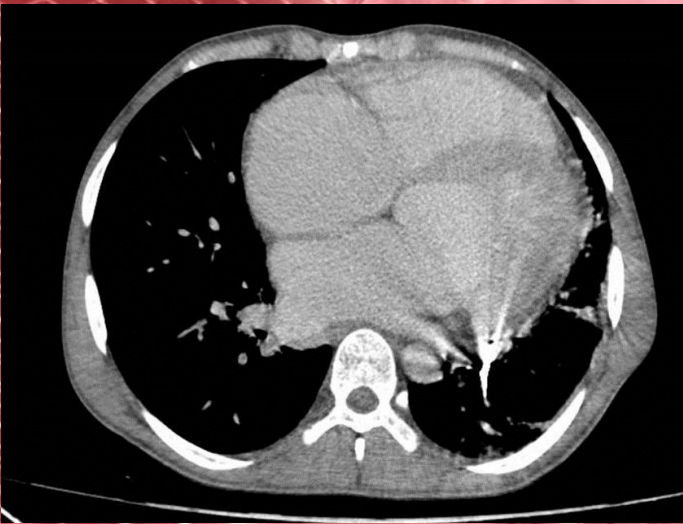


RX de Tórax: Cardiomegalia, con arco pulmonar prominente, signos de redistribución de flujo y elemento radiopaco en lóbulo inferior de pulmón izquierdo.

Eco Doppler Cardíaco

DFD	67 mm
DFS	50 mm
FEY	53%
ES	16 mm
EPP	14 mm
DAO	50 mm
Área	40 cm ²

Patrón restrictivo. IT leve con PAP 58 mmHg. VCI 36 mm sin colapso.



TAC con contraste EV:

- Vena cava inferior marcadamente dilatada presentando elemento biparietal estimado en 7 cm.
- Dilatación de las estructuras venosas del eje espleno portal.
- Vena renal izquierda con marcada dilatación.

DIAGNÓSTICO

Con estos hallazgos y la imposibilidad de realizar una angio-resonancia, se plantea interconsulta con servicio de Hemodinamia para evaluación del caso. Se decide realizar AORTOGRAMA Y ARTERIOGRAFÍA DE ARTERIAS RENALES.



Aortograma: FÍSTULA AV AORTO-RENAL IZQUIERDA DE ALTO FLUJO, con origen por debajo de arteria mesentérica superior y por encima de origen de ambas arterias renales, hacia la vena renal izquierda (la cual se encuentra con marcada dilatación en toda su extensión) y evidencia de vena cava inferior con marcada dilatación.

CONCLUSIÓN

Debido a la alta sospecha de la etiología de la Insuficiencia Cardíaca con fracción de eyección preservada en este paciente se debe al alto gasto cardíaco por la fistula arteriovenosa aorto-renal de alto flujo, por su complejidad, se propone Tratamiento Endovascular, mediante Angioplastia con STENT forrado o endoprotesis fenestradas con técnica de Chimenea.